

LEY DE URGENCIA Y RIESGO VITAL

EMERGENCY LAW AND LIFE-THREATENING

DR. LEONCIO TAY U. (1), DR. CARLOS BECERRA V. (2)

1. SUBDIRECTOR ÁREA REGULACIÓN MÉDICA SAMU METROPOLITANO. PROFESOR AGREGADO DEL DEPTO. DE MEDICINA DE URGENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

2. SUBDIRECTOR GESTIÓN DE RECURSOS SAMU METROPOLITANO. EGRESADO ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, DOCENTE PREGRADO ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE CHILE.. MÉDICO ASESOR DEPARTAMENTO CONTROL FONASA.

Email: leotay@mi.cl
cbecerra@fonasa.cl

RESUMEN

El artículo expone las disposiciones vigentes que deben ser observadas en las Unidades de Emergencias en el momento de atender pacientes que están cursando una urgencia médica con compromiso vital o riesgo de la pérdida total la función de un órgano o extremidad, que requiere una atención médica inmediata e impostergable, condición que debe presentarse simultáneamente. Se detalla el marco jurídico administrativo y el proceso operativo que se debe considerar para el buen desarrollo de la aplicación de la Ley de Urgencia. La Ley comporta beneficios para los pacientes, como el acceso a la atención sin mediar garantía previa y el respaldo económico, para lo cual se deben cumplir ciertas condiciones.

Palabras clave: Urgencia, gestión de camas, Unidades de Pacientes Críticos, acceso a la atención de urgencia, riesgo vital.

SUMMARY

The article presents the current provisions should be observed in the Emergency Room at the time seeing patients who are involved in a emergency medical situation with life-threatening or risk of total loss function of an organ or limb, which requires medical attention immediate and urgent, condition to be submitted simultaneously. It details the legal and administrative framework and operating process that should be considered for the smooth implementation of the Emergency Law.

The law brings benefits for patients, such as access attention without any prior guarantees and economic support for which certain conditions must be met

Key words: Emergency, beds management, units of critical ill patients (ICU), access to emergency care, life-threatening.

INTRODUCCIÓN

En la Grecia antigua, Hipócrates (siglo V a.C.) afirmaba “es necesario aprovechar la ocasión de socorrer antes que no sea demasiado tarde, y salvaremos el enfermo por haber sabido aprovechar esta oportunidad”. Más tarde a través de la historia, en particular aquella relacionada con conflictos bélicos, desde las campañas Napoleónicas hasta los conflictos modernos, ha quedado demostrado que mientras más temprano se intervenga en situaciones médicas urgentes, mejor es el pronóstico de supervivencia del paciente.

No obstante, en el ámbito sanitario, la noción sobre qué es lo que entendemos por situación de urgencia se encuentra mal definida y va del extremo de aquellos que creen que las urgencias no existen, sino que solo existe gente apurada, hasta los que piensan que todo lo que se percibe como urgente, es urgente. Justamente esta última mirada del problema es la que acoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) para emitir su definición de urgencia.

En Chile existe un sistema mixto de aseguramiento y provisión de servicios médicos, financiado a través de un porcentaje fijo (7%) de

aporte de cotizaciones de las remuneraciones de los trabajadores, quienes pueden decidir si se acogen al asegurador público (FONASA) o a las compañías aseguradoras privadas (ISAPRE). Asimismo, respecto de la atención de urgencia, los asegurados pueden entonces acudir al subsistema público o bien al privado, con diferencias en la cobertura económica dependiendo del seguro de salud que posean, aunque en general el sistema público no pone trabas en el ámbito financiero para otorgar atención. A diferencia del sistema privado que habitualmente solicita algún tipo de respaldo.

En este contexto de definiciones poco claras, durante la década de los años noventa varias personas fallecen como consecuencia de la negativa de algunos establecimientos de salud de otorgarles atención médica en servicios de urgencia, por no presentar un documento en garantía (cheque) que respaldara el pago de la atención.

Uno de los casos más emblemáticos fue el de Nicolás Melipil, menor de dos años que fue atendido el 3 de noviembre de 1997 por fiebre, diarrea y vómitos en el Consultorio de Cerro Navia y al día siguiente se le diagnosticó "abdomen agudo" en el Hospital Félix Bulnes, pero no se le hospitalizó por falta de camas. Durante la madrugada sus padres lo trasladaron al Hospital del Profesor, donde también se lo citó a control para el día siguiente con diagnóstico de apendicitis aguda. En dicho control el recinto privado envió al niño nuevamente al Hospital Félix Bulnes por no contar con un cheque en garantía. En el establecimiento público se le realizaron otros diagnósticos (neuropatía y neumonía basal izquierda) y fue derivado a un consultorio. Finalmente el 14 de noviembre Nicolás regresa grave al Hospital Félix Bulnes requiriendo Unidad de Cuidados Intensivos con una septicemia, falleciendo tres días más tarde.

Esta situación altamente mediática estimuló a los legisladores de la época a incluir en la Ley 19650 artículos que introducen modificaciones a las Leyes que regulan al Fonasa (18469) y a las Isapres (18933), en sendos artículos que permitieran asegurar el acceso a la atención de urgencia de la ciudadanía con cobertura financiera del seguro, de manera de obviar la exigencia del cheque en garantía y asegurar el pago de aquellas prestaciones en situaciones de emergencia a los establecimientos de salud, traspasando de ese modo la responsabilidad financiera a los seguros.

La Ley busca entonces proteger a los ciudadanos que enfrentan situaciones de emergencia, los que en una condición de riesgo vital y/o de secuela funcional grave deben acudir a su Red de atención de Urgencia más próximo al domicilio, o bien excepcionalmente a un centro de otra red; quienes en razón de las circunstancias deben proceder a otorgar atención sin condicionantes de índole financiera.

Es interesante analizar entonces cuál es el marco jurídico administrativo que sienta las bases de este beneficio así como su implementación; cuál ha sido la influencia que la atención de urgencia y disponibilidad de camas ha tenido sobre su evolución para el seguro público; y final-

mente, de qué forma el seguro público se ha organizado para asumir la gran cantidad de pacientes que han invocado la aplicación de este beneficio, en un contexto de un subsistema público constantemente tensionado por la demanda por atención de urgencia que supera la oferta de servicios.

MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO

a) Situación previa a la Ley de Urgencia 19650.

La problemática del derecho a acceder a la atención de urgencia cuando la vida está en peligro se enmarca en el concepto del derecho a la vida y a la salud. Encontramos esta noción en diferentes textos jurídicos:

La Constitución de la República en su artículo N° 19, inciso N° 9 indica "El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado".

El Código sanitario: No aborda específicamente este tema.

El Código Civil en su artículo N° 2329 y el artículo N° 491 Código Penal contienen un mandato para el médico, obligándolo a actuar con diligencia para no causar daño, es decir para no incurrir en negligencia.

La Ley 18469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud. Su artículo 2° refiere: "Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles fijados para este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 16 y 28".

b) Documentos en garantía

En el contexto de un subsistema privado bien desarrollado, el asunto financiero cobra relevancia y, en general, los establecimientos prestan atención en la medida que cuenten con un respaldo, ya sea de un documento del paciente, de su familia, de otra institución de salud o bien del seguro de salud. Por mucho tiempo, la herramienta más utilizada con estos fines fue el "cheque en blanco".

En nuestra normativa legal, el cheque constituye una orden de pago que el librador estampa en un papel en el cual por mandato previamente convenido, le indica al banco que pague al portador del documento la suma que en él se señala. No existe el cheque en garantía, el que constituye sólo un artificio generado por los operadores comerciales para ponerse a resguardo su patrimonio y acreencias. El cheque en garantía carece de amparo legal y nuestros tribunales han dicho de

esta práctica que “los cheques sólo pueden girarse en pago de obligaciones o comisión de cobranza y no de otro modo y menos girarse para garantía de obligaciones o simplemente de garantía” (fallo de la Corte Suprema del 4 de abril de 1984 (1).

En efecto, la Ley 19650 prohíbe esta práctica e incluso los legisladores han ido más lejos y han extendido esta prohibición a todos los actos médicos, sin importa si son de urgencia o electivos. Para ello se promulgó, el 2 de noviembre de 2009, la Ley 20394 (2) que en su artículo único establece que: “Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés”.

c) Promulgación de la Ley de Urgencia 19650

La Ley 19650 fue publicada en el Diario Oficial el 24 de diciembre de 1999. El Centro Regulador (CR) del SAMU Metropolitano, quien había participado activamente en un grupo de trabajo cuyo fin era definir la operación del beneficio en el subsistema público, asumió inmediatamente la gestión y regulación de la aplicación de la Ley, hasta fines del año 2000. Posteriormente esta función se transfirió sucesivamente a la SEREMI de Salud, desde el año 2001 hasta el año 2004; y a la Subsecretaría de Salud, desde el año 2005 hasta fines del 2007.

Finalmente, a partir del 1 de diciembre de 2007 se decidió restituir al CR esta responsabilidad en un momento en que el crecimiento de casos declarados como Ley de Urgencia se tornaba preocupante, dado que ya superaban los 4000 casos en la Región Metropolitana. Cabe destacar que en la capital del país, por su fuerte presencia de establecimientos privados, ocurre alrededor del 90% de las presentaciones para optar al beneficio a nivel nacional.

La aplicación de la ley no está exenta de dificultades, derivadas de la gran variabilidad de situaciones en que se pretende invocar el beneficio. Es así como, 10 años después de su promulgación, se decreta su reglamento de aplicación (D.S. N° 37 del 19 de octubre de 2009), cuyo fin es justamente circunscribir la aplicación dejando fuera algunas situaciones en que claramente el espíritu de la ley no se cumple. Además, queda pendiente la redacción de un protocolo que debería ser emitido por el Ministerio de Salud que servirá de herramienta para especificar aún más lo que entendemos por situación de riesgo vital y/o de secuela funcional grave, y así determinar que casos se pueden considerar como admisibles para el respaldo económico de la Ley de Urgencia.

No obstante, en la regulación médica que hoy se ejerce a nivel de CR del SAMU para la Región Metropolitana y Sexta Región, el principio básico de funcionamiento amparado en la legislación vigente es que el paciente beneficiario es aquel que efectivamente es beneficiario o asegurado, y para ello debe tener una certificación vigente al momento

de invocar el beneficio. Asimismo, tal y como refiere el DS N° 37, la “Emergencia o Urgencia: Es toda condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e imposterizable”. Por tanto, el beneficio es activado por un médico cirujano a través de la “Certificación de estado de emergencia o urgencia: Es la declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia que una persona determinada, identificada con su nombre completo, Rut y sistema de seguridad social de salud, se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia”.

Destaca entonces que es un beneficio aplicable en el contexto de la atención en servicios de urgencia tal como señala explícitamente el mismo DS N° 37: “La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado en la primera atención médica en que la persona sea atendida, ya sea en una unidad de urgencia pública o privada”.

Respecto al funcionamiento del seguro público para estos casos, FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales han considerado pertinente emitir un documento en que se enumeran las funciones que debe ejercer cada uno de los actores involucrados en la activación de la Ley de Urgencia, a través de un “Proceso Operativo” validado mediante el Ord. N° 1315 de junio de 2006. Las atribuciones que en él se otorgan se basan en la facultad que tiene el Fondo Nacional de Salud para pagar las prestaciones en virtud de la pertinencia del beneficio habida cuenta de su principio fundamental cual es resguardar el erario público en función de sus beneficiarios. Dicha prerrogativa se confirma a través de Contraloría en su dictamen N° 25095 de junio de 2003, que ante la consulta de un centro privado, concluye: “la circunstancia de que de acuerdo con la ley un médico cirujano debe certificar los casos de emergencia o urgencia no obsta a que el Fondo Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y en cumplimiento de sus deberes legales, y considerando los términos de la regulación aplicable en la especie, en casos calificados verifique y determine fundadamente que las prestaciones otorgadas efectivamente hayan correspondido a una atención de emergencia o urgencia”.

Por todo lo anterior hoy se encuentra instalado el concepto de que el seguro público opera este beneficio a través de una delegación de funciones de FONASA en el Centro Regulador, quien tiene entonces la facultad de autorizar el respaldo económico para una hospitalización en función de si es o no pertinente para la situación clínica invocar el beneficio de la Ley 19650, así como también es el organismo delegado de los Servicios de Salud a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para recuperar hacia la red pública aquellos casos que han sido estabilizados.

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE URGENCIA

En el análisis de la problemática de la atención de urgencia destaca el hecho de que nos enfrentamos a un permanente desbalance entre la oferta y la demanda, que no es privativa de Chile sino que constitu-

ye un fenómeno mundial que toca incluso a países desarrollados que cuentan con sistemas sanitarios de alto nivel de cobertura y gasto en salud.

En nuestro país, durante los últimos años se constata un permanente crecimiento de las consultas de urgencia, que en gran parte es absorbido por la atención primaria y los datos muestran que en los Servicios de Urgencia hospitalarios las consultas no han crecido en forma importante. Sin embargo estos últimos se ven congestionados por el alto requerimiento de hospitalizaciones que no encuentran satisfacción en la Red Pública, lo que lleva a mantener a los pacientes en las camillas de atención por largo tiempo, bloqueando con ello el proceso de atención de nuevas urgencias, llegando incluso a su paralización (Figura 1).

Es habitual entonces, que las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) de la Región Metropolitana comiencen su jornada matinal de trabajo con una cifra de pacientes hospitalizados en sus camillas de atención, que puede fluctuar entre 15 y 40 pacientes que en el curso del día serán evacuados a los servicios hospitalarios o bien externalizados a la red del subsistema privado.

Este crecimiento permanente del flujo de pacientes con altos requerimientos de asistencia, en particular de hospitalización en camas críticas y procedimientos de alta complejidad, es atribuible principalmente al envejecimiento de la población (2) y también al importante desarrollo

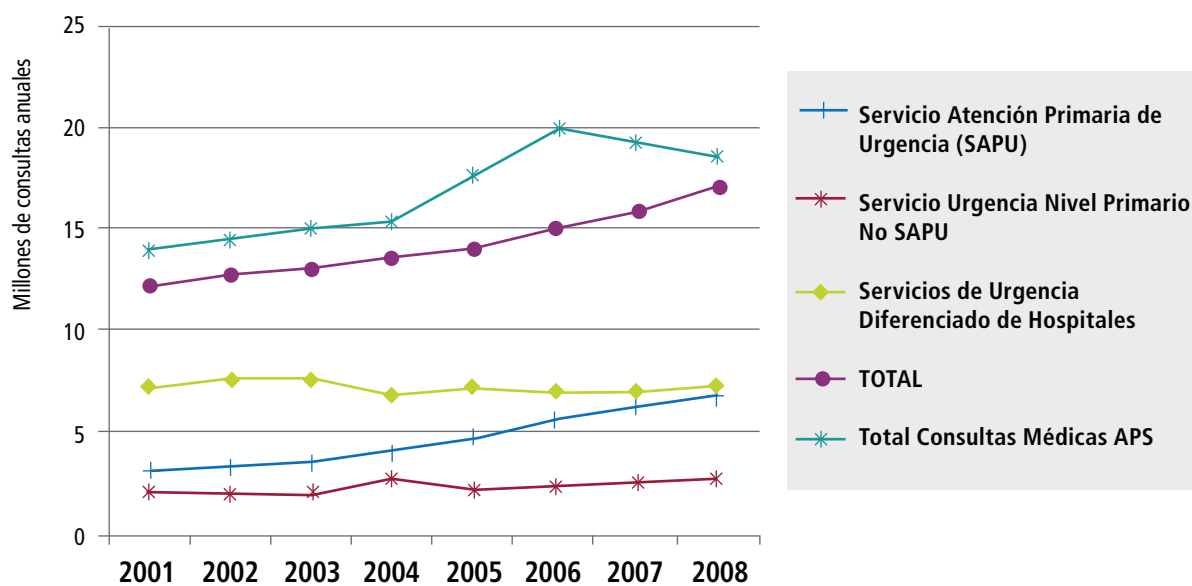
de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas que permiten identificar un mayor número de entidades clínicas, así como tratar cuadros que antes no estaban al alcance de la medicina.

En la década de los 90 había una gran inquietud a nivel mundial por la inflación de los costos en salud y ello fue atribuido, entre otros, a un exceso de camas hospitalarias, y se afirmaba que era posible reducirlos con una adecuada gestión. En los países desarrollados la tasa de camas agudas por 1000 habitantes se encontraba en el rango de 8-10 camas, mientras que en Chile la dotación era alrededor de 3 camas por 1000 habitantes.

En Chile, en 1997, un estudio del Programa Interfacultades en Administración en Salud (PIAS) (3) concluía que en nuestro país en el sector público habría un exceso de camas y que a través de una mejor gestión, más tecnología y el desarrollo procedimientos ambulatorios se debería lograr reducir la dotación de camas. La incorporación de nuevas tecnologías sanitarias que incidían en una disminución de los tiempos de hospitalización, en particular la cirugía laparoscópica, permitirían un rápido egreso hospitalario y, por tanto, sería posible operar con menos camas.

Al parecer este estudio tuvo eco en las autoridades de salud del sector público de la época, por el, escaso desarrollo de proyectos de estructura hospitalaria que se observó posteriormente y es así cómo, de contar

FIGURA 1. EVOLUCIÓN CONSULTAS MÉDICAS DE URGENCIA PAÍS SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO 2001-2008



Elaboración propia con datos DEIS. MINSAL.

en 1989 con 32817 camas (4), en 2008 el Ministerio de Salud informaba una dotación de 27.182 (5) para una población que creció de 12.963.547 a 16.928.873 (2).

Llama la atención que para este mismo periodo el sector privado presenta un explosivo desarrollo de su capacidad de hospitalización, que continúa con fuerza hasta hoy.

Por otro lado, un estudio de la Sociedad de Medicina Intensiva junto con el Minsal en 2004 concluyó que habría una brecha de 580 camas críticas en el país en el sector público (6), la que para fines de 2009 se mantenía en 485.

La situación descrita impacta en la aplicación de la Ley de Urgencia a través de dos mecanismos:

1) Las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) públicas de la Región Metropolitana mantienen un número importante de pacientes hospitalizados en las camillas de atención. Esto configura una situación de congestión y un gran retardo en la atención de pacientes por no contar con camilla de examen; y mantiene al personal ocupado en estos improvisados dispositivos de hospitalización. De esta manera se crean las condiciones favorables para que pacientes del Fonasa, temiendo largas esperas en la atención, tiendan a consultar dirigidamente en el sector privado, acogiéndose posteriormente a la Ley de Urgencia.

2) Por otro lado, la falta de camas en los hospitales públicos, en especial las camas críticas, dificulta la reintegración de estos pacientes FONASA a la Red Pública una vez que están estabilizados. Los hospitales priorizan las "listas de esperas" de las UEH y postergan la recuperación de pacientes Ley de Urgencia.

Todo ello redundará finalmente en la necesidad de hacer gestión de camas respecto de los pacientes que han logrado superar la situación de riesgo vital y/o secuela funcional grave y han optado por seguir su tratamiento en la modalidad institucional. Como también administrar y hacer gestión clínica sobre los pacientes que, por falta de cupos, deben seguir hospitalizados en los centros privados, quienes presentan requerimientos de procedimientos de alto costo que deben ser monitorizados por médicos altamente capacitados en urgencia para salvaguardar la pertinencia de dichas prestaciones, en el contexto de los cuidados derivados de la situación de emergencia que motivó el ingreso de dicho paciente respaldado por la Ley de Urgencia.

PROCESO OPERATIVO APLICACIÓN DE LA LEY DE URGENCIA (7)

En la actualidad, entonces, tal y como se mencionó previamente, está instalado el concepto de la regulación médica de la Ley de Urgencia para los asegurados públicos y es así como, después de cuatro años de gestión, el Centro Regulador es un referente donde los médicos *ex ante* pueden presentar un caso para el cual desean invocar el beneficio, y así poder comunicarle a la familia si la atención por la cual están activando el beneficio será o no respaldada por el FONASA, habida cuenta de que

el centro privado no puede condicionar la atención a este hecho, ya que lo que está en discusión en todo momento es el pago y no el acceso a atención médica de urgencia.

Se trata, entonces, de un paciente que vive una situación de urgencia, que consulta por primera vez en una unidad de urgencia de un centro privado, donde debe ser manejado en atención cerrada o ambulatoria, sin exigencias previas de garantías de pago y que sufre de una situación riesgo vital y/o de riesgo de secuela funcional grave, es decir la pérdida definitiva de la función de un órgano o extremidad; y que requiere finalmente una atención médica inmediata e impostergradable.

Si el paciente en tal situación consulta una unidad de urgencia que no cuenta con la capacidad resolutive para estabilizar el paciente, puede ser transferido a otro centro, sea público o privado, en la medida que la decisión de este traslado no se origine en la intervención de terceros ajenos a los establecimientos.

Si las condiciones están presentes, además del acceso garantizado a la atención, la ley establece un respaldo económico del FONASA a través de la modalidad de libre elección, que considera prestaciones del Subgrupo 28 del arancel para cubrir los costos requeridos para alcanzar la estabilización del paciente. Dichas condiciones de pago se explicitan en las Normas Técnico Administrativas del Arancel, que son parte integrante del Libro II del DFL N° 1 de 2005 y establecen en general distintos tipos de paquetes de pago, denominados Pago Asociado a Emergencia o simplemente PAE.

Tanto la atención de urgencia como la condición de estabilización deben ser certificadas formalmente al Servicio de Salud o a quien sea su delegado (CR SAMU). Se establece un plazo de tres horas para la certificación de la atención de emergencia y la de estabilización debe ser emitida de forma inmediata apenas se alcance tal estado, por el medio más expedito.

Los textos definen la estabilización como un estado de equilibrio de sus funciones vitales o bien aquellos en que se ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aún cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado.

El servicio de salud o quien lo represente podrá siempre acceder al paciente y/o solicitar información adicional en el periodo de estabilización para verificar dicha situación. En el caso de estimar que el paciente está estable, puede determinar bajo su responsabilidad el traslado del paciente a la red que determine o a su domicilio si ello aún no ha sido dispuesto por el centro privado.

Una vez alcanzada la estabilización del paciente, el beneficiario, o quien asuma su representación, deben definir qué modalidad de atención prefieren para dar continuidad al tratamiento otorgado en el marco de la Ley de Urgencia. Pueden optar por permanecer en el establecimiento privado bajo la Modalidad de atención de Libre Elección (MLE)

asumiendo la carga financiera de la hospitalización como lo establece la ley o aceptar ser transferido a la red pública bajo el régimen de atención institucional (MAI).

El proceso operativo de la aplicación de la Ley de Urgencia, además de considerar lo establecido en el Libro II del DFL N° 1, sigue las directivas que expone el Ordinario N° 1315 de 2006 ya referido previamente.

Este proceso tiene como actores al médico regulador del SAMU, al Coordinador Ley de Urgencia de los establecimientos privados, al Gestor de Camas de los establecimientos públicos y al FONASA. Se establece que cada Clínica y cada Hospital Público debe, para los efectos de esta coordinación, contar con un representante único que constituirá el interlocutor del médico regulador.

A continuación se detallan las funciones de cada uno.

a) FUNCIONES DEL CENTRO REGULADOR SAMU EN LA GESTIÓN LEY DE URGENCIA (LU)

- Servir como punto de acceso las 24 horas, los 365 días del año, a los prestadores de servicios públicos y privados en los aspectos médicos y administrativos de la Ley de Urgencia.
- Recibir, verificar y registrar informaciones sobre las atenciones de urgencias acogidas a la Ley 19650.
- Evaluar los datos de ingreso, verificar que estos correspondan a una situación de urgencia que implica riesgo vital y/o de secuelas funcionales graves que requieren una atención inmediata e impostergable y que cumplen con los plazos establecidos por el D.S. N° 37.
- Requerir información adicional de los casos clínicos, como las circunstancias de ingreso o informes médicos de estado de pacientes.
- Informar diariamente a los hospitales públicos de los pacientes que se encuentran ingresados en instituciones privadas y que deben ser rescatados.
- Mantener ampliamente informados a los residentes de las Unidades de Cuidados Críticos del sector público de la condición clínica y la evolución, de tal manera de facilitar la asignación de camas en estos servicios para los pacientes L.U.
- Organizar la evacuación de los pacientes estabilizados desde el extrsistema hacia la Red Pública.
- Entregar al prestador privado el código de atención del paciente que indica pertinencia del pago por FONASA, una vez que se cumpla una de las siguientes situaciones: traslado a la Red Pública u otro centro asistencial, alta clínica a domicilio, alta por fallecimiento, opción por MLE.
- Elaboración, mantención y mejoramiento continuo de una base de datos que permita contar con un registro actualizado de los pacientes beneficiarios del Fonasa que se encuentran ingresados en las clínicas privadas de la Región Metropolitana y Sexta.
- Mantener canales de comunicación efectivos entre los agentes involucrados en el proceso de atención de los pacientes beneficiarios de esta ley.
- Monitorizar la hospitalización de los pacientes en rebalse en los establecimientos privados y controlar su manejo a través de un estrecho contacto con los médicos tratantes.

- Autorizar excepcionalmente procedimientos requeridos por la condición clínica posterior a la estabilización del paciente, previa evaluación médica de la pertinencia de la indicación a través del análisis de los informes médicos emitidos por los médicos tratantes.
- Verificar condición de estabilización del paciente en el lugar de hospitalización, como lo establece el D.S. N° 37.
- Solicitar fiscalización de casos en las clínicas por parte de médicos fiscalizadores de Fonasa.
- Contribuir a mejorar el conocimiento de la ley en los establecimientos de atención en salud, ya sean públicos o privados, con el objeto de mejorar la atención de los beneficiarios de la ley 19650.
- Tomar las disposiciones necesarias para que el transporte de los pacientes hacia la Red Pública se realice bajo la máxima seguridad
- Poner a disposición de los establecimientos privados que están en la incapacidad de abordar la estabilización del paciente, ya sea por falta de cama o capacidad resolutive, una alternativa de hospitalización ya sea en la Red Pública o en otro establecimiento privado, preferentemente en aquellos bajo convenio.
- En caso de reclamos de los usuarios, redireccionarlos hacia las instancias de revisión que son Fonasa y la Superintendencia de Salud.

b) FUNCIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS

- Tendrán la obligación de otorgar prestaciones de urgencia o emergencia, sin condicionar la atención a la entrega de algún instrumento financiero o medio de pago alguno.
- Verificar situación previsional del paciente y enviar la información pertinente al C.R. o a la Isapre del usuario.
- Calificar y certificar la situación de emergencia o urgencia, considerando lo establecido en el D.F.L. N° 1.
- Enviar la propuesta de certificación, acompañada de los datos que establece la Ley y en los plazos establecidos por el D.S. N° 37.
- Certificar condición de estabilización del paciente en los plazos establecidos por el D.S. N° 37.
- Si el paciente está estabilizado y requiere hospitalización, debe informar ampliamente al paciente o a su representante y darle la opción de elegir la modalidad de atención:
- Modalidad de atención institucional (MAI), en cuyo caso el paciente permanecerá hospitalizado en la clínica hasta que le sea asignada una cama en un hospital público, momento en el cual se procederá a su traslado.
- Modalidad libre elección (MLE), si el usuario elige esta modalidad permanecerá hospitalizado en la clínica o podrá ser trasladado a otra clínica según su decisión, y asumirá los costos de su internación de acuerdo a su sistema previsional de salud.
- Responder oportunamente a las demandas de informaciones médicas de los pacientes hospitalizados por L.U. emanadas de los Servicios de Salud o de su delegado (C.R.).
- Emitir cotidianamente un informe al C.R. el nivel de complejidad de la hospitalización de los pacientes (Sala, UTI, UCI, etc.).

c) FUNCIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

- Otorgar prestaciones de emergencia o urgencia a los pacientes en si-

tuación de urgencia o emergencia, sin condicionar ésta a la entrega de algún instrumento financiero o medio de pago. Otorgar las prestaciones con recursos físicos y humanos que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar con otros organismos públicos o privados.

- Verificar situación previsional del paciente.
- Calificar y certificar la situación de emergencia o urgencia.
- Certificar la condición de estabilización.
- Si el paciente es beneficiario de una Isapre, se debe ofrecer al paciente la opción de continuar atendiendo en el hospital público o ser trasladado a alguna clínica o centro privado, ya sea que esté o no en convenio con su Isapre.
- Comunicar a la Isapre el ingreso de este paciente, para coordinar su traslado si corresponde.
- Revisar el listado de pacientes Ley de Urgencia enviado cotidianamente por el C.R. y gestionar el rescate de pacientes beneficiarios de Fonasa ingresados por ley de urgencia a las clínicas privadas, cuando éstos hayan optado por una atención en modalidad Institucional asignando una cama de complejidad requerida para el paciente y avisar al C.R. para que realice la gestión necesaria para el traslado efectivo del beneficiario.

d) FUNCIONES DE FONASA

- Pagar directamente al prestador público o privado el valor de las prestaciones que éste haya otorgado a sus beneficiarios por concepto de emergencia o urgencia en el periodo de estabilización.
- Otorgar un préstamo al beneficiario, si transcurrido 30 días hábiles desde el pago a los establecimientos, éste no se acerca para cancelar

la parte que le corresponde. El cobro del préstamo al beneficiario se realizará en cuotas que no excedan del 5% del ingreso mensual del beneficiario.

- Fiscalizar los requisitos y condiciones que deben ser observados por el médico-cirujano para calificar la emergencia o urgencia, y también la estabilización.
- Establecer convenios o acuerdos con los prestadores públicos o privados, según los requerimientos observados y evaluados desde la puesta en marcha de la ley.
- Poner a disposición del Centro Regulador las informaciones de afiliación de los usuarios.
- Atender los reclamos que se generen en el marco de la aplicación de la Ley 19650.

Como se puede apreciar entonces a través de este complejo entramado de funciones, el seguro público logra coordinar a todos los actores a través del Centro Regulador que genera los enlaces necesarios para dar continuidad en el cuidado y finalmente operativizar un beneficio que tiene un espíritu que es dar acceso a atención de urgencias sin condicionantes financieras.

CONCLUSIONES

La correcta aplicación de la Ley de Urgencia requiere que todos los actores involucrados tengan un claro conocimiento de las disposiciones vigentes, lo que permitirá que este instrumento legal de protección al usuario, cuando la situación lo justifique, se aplique y lo beneficie no importando su sistema de aseguramiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revista de fallos del mes de 1984 N° 304.
2. INE Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población Total País 1950- 2050).
3. Estudio del PIAS "Camas hospitalarias"(Programa Inter facultades en Administración de Salud, Universidad de Chile, Santiago Chile, 1997) Héctor Sánchez, César Oyarzo.
4. INE, Anuario Estadístico. 1989.
5. DEIS Minsal.
6. Revista Chilena de Medicina Intensiva.2004,Vol 19. (4):209-223.
7. Ordinario N° 1315 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales junio 2006.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.